

胸腔植入细管治疗良恶性胸腔积液 452 例

王兴元,杨善进,顾亚兰,曹洪兵,范利娟
(解放军第 359 医院内科,江苏镇江 212001)

[关键词] 胸腔积液;细管;治疗

中图分类号: R561.3 文献标识码: B 文章编号: 1672-271X(2009)06-0545-01

胸腔积液分为良性和恶性胸腔积液,对于中等量以上的胸腔积液的处理,临床上常用的方法是胸腔穿刺抽液,但常规穿刺抽液的方法有许多不足,需要反复多次穿刺给患者带来痛苦,多次穿刺易造成气胸、不能充分抽尽胸腔积液等。我们采用深静脉导管植入胸腔治疗良恶性胸腔积液,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 自 1999 年 6 月首次使用,之后逐步常规性使用到 2009 年 6 月止,共实施完成 452 例细管胸腔植入,其中,恶性胸腔积液 295 例,男 186 例,女 109 例,平均年龄 69 岁(55~89 岁);良性胸腔积液 157 例,男,95 例,女 62 例,平均年龄 45 岁(19~71 岁)。恶性胸腔积液以肺癌为主,其次为肺外肿瘤转移所致。良性胸腔积液以结核性为主,肝硬化、心功能衰竭、感染性为次。

1.2 所需材料 双腔或三腔深静脉导管 1 套,大小为 5F,内管大小 14G,外管大小 18G,一般大于以上管径即可。如果深静脉套管装置不带纸质铺巾和缝针,则还需准备 1 个带缝针和洞巾的小手术包。

1.3 植入方法 所有患者在穿刺前先摆好体位并常规使用超声定位,对老年、体弱、重症患者应采用半卧位在床上完成,尽量选在腋后线以前,以免穿刺部位包扎影响患者平卧休息。采用 Seldinger 法完成穿刺置管。

2 结果

452 例患者全部一次置管成功,无气胸和胸腔感染发生,所有患者 2 个孔均能抽到液体者 401 例(89%),只有 1 个孔能抽到液体者 51 例(11%),其中有 41 例包裹性胸腔积液因分隔不能在一个部位抽尽胸水,在采用重新定位穿刺后全部解决。有 25 例恶性胸腔积液因置管时间大于 15 天出现胸水外漏,更换部位重新置管后解决。所有患者均未因置管影响平卧睡眠,较长时间留置导管并未因刺激胸

膜导致胸水明显增加,21 例血性胸水患者,无一例出现导管阻塞,无一例患者出现因导管留置出现穿刺点或胸膜疼痛。最长留管时间 1 个月。

3 讨论

胸腔积液是一常见临床表现,常规穿刺抽液法因反复穿刺、穿刺时需患者控制呼吸,易致气胸、增加痛苦、在重危患者身上难以实现等。国外早有使用小管径导管治疗胸腔积液的报道^[1-2],我们使用常见的静脉导管装置,管径更小、创伤更少、价格更低,长期留置并未增加感染等并发症。这种细管置入后可以完成抽液、注药等治疗,经过 10 年的实践,证明此方法简单易行、实用保险,比常规穿刺有许多优点。注意事项:①不要使用单腔管,单腔管尖端出口在负压抽吸时可能会吸在胸膜上,抽不出液体。血透使用的临时双腔静脉导管也可选择,但因其较粗,创伤较大。②置管成功后,体质好的患者可自由下床活动,活动有助于导管尖下垂到肋膈角,利于抽液。③如果患者因消瘦皮下组织过少或液体量过多,较长时间后可能出现置管处液体外漏,此时应及时更换部位重新置管或者用隧道法置管。④拔管后,视情况对已形成的隧道进行封堵,防止漏气造成气胸。⑤抽液时负压不可过大,过大可能会把顶孔或侧孔与胸膜相吸而阻塞,一般负压抽不出液应寻找原因,加大负压有害无益。⑥导管的体外部分应严格无菌操作,防止把细菌带进胸腔。

参考文献

- [1] Wahidi MM, Willner DA, Snyder LD, et al. Pleural effusions in lung transplant recipients: image-guided small-bore catheter drainage [J]. Radiology, 2003, 228 (1): 241-245.
- [2] Parulekar W, Primio GD, Matzinger F, et al. Use of small-bore vs large-bore chest tubes for treatment of malignant pleural effusions [J]. Chest, 2001, 120 (1): 19-25.

(收稿日期:2009-09-07)

(本文编辑:潘雪飞)